UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949-1950 — N° 28

ÉTUDE CLINIQUE
DES
ULCÈRES
DE LA
GRANDE COURBURE GASTRIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et publiquement soutenue le Vendredi 16 Décembre 1949

PAR

André LAUREUX

ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux

né à Mayence le 6 Septembre 1923

Examinateurs de la Thèse : MM. PAPIN, professeur, *Président* ; MASSÉ, professeur ; DUFOUR, professeur ; DUBARRY agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20
—
1949

LAUREUX (André)

Etude clinique des ulcères de la grande courbure gastrique. — Bordeaux, Impr. Pechade, 1949. In-8°, 75 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1949 1950. N° 28.*)

LAUREUX (André)

Etude clinique des ulcères de la grande courbure gastrique. — Bordeaux, Impr. Pechade, 1949. In-8°, 75 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1949-1950. N° 28.*)

LAUREUX (André)

Etude clinique des ulcères de la grande courbure gastrique. — Bordeaux, Impr. Pechade, 1949. In-8°, 75 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1949-1950. N° 28.*)

LAUREUX (André)

Etude clinique des ulcères de la grande courbure gastrique. — Bordeaux, Impr. Pechade, 1949. In-8°, 75 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1949-1950. N° 28.*)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536518_0030

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949-1950 — N° 28

ÉTUDE CLINIQUE DES ULCÈRES DE LA GRANDE COURBURE GASTRIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et publiquement soutenue le Vendredi 16 Décembre 1949

PAR

André LAUREUX

ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux

né à Mayence le 6 Septembre 1923

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur, *Président*
MASSÉ, professeur
DUFOUR, professeur
DUBARRY agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. R. DUPÉRIÉ

DOYEN : M. G. PORTMANN

ASSESSEUR : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS
ROCHER, LANDE, DUVERGER, CARLES, LEURET, PERY, LABAT. CHARRIER

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	MASSÉ.	Clinique chirurg. infantile et orthopedie	LOUBAT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique d'Accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Clinique Gynécologique	MAGENDIE.	Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Anatomie générale et histologie	N.	Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Hygiène et clin. de la tuberculose	PIÉCHAUD.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Clin. méd. des mal. des enfants	FONTAN.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	BROUSTET.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE : PERRENS (Maladies mentales). - DUFOUR (Anatomie)
MESNARD (Pharmacie)

MAITRE DE CONFÉRENCES : BLANQUET (Physique pharmaceutique)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N...	Obstétrique	N.
Physiologie	N...	id.	MAHON.
Médecine Générale	N...	Ophtalmologie	BESSIERE
id.	SARIC.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DUBARRY.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	F.-J. TRAISSAC	Histologie	MAYER
id.	BERGOUIGNAN	Physique médicale	N...
Chirurgie Générale	N...	Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie	N...
id.	N...	Histoire natur. médicale et parasitologie	N.
id.	POUYANNE.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	LAUMONIER	Médecine légale et Médecine du travail	L'ÉPÉE.
id.	CHAVANNAZ.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
		Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	N...	Cryptogamie	N.
Accouchements	N...	Pharmacie galénique	MESNARD.
Puériculture	N...	Organographie et Physiologie végétale	TEMPERE
Urologie	N...	Bactériologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGIER
Ophtalmologie	N...	Chimie biologique	NEUZIL
Anatomie	RIGAUD.	Parasitologie et biologie appliquée	N.
Chimie minérale	N...	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA FEMME
ET A MES DEUX PETITES FILLES

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MES AMIS

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur Edgar DUBOURG

Médecin des Hôpitaux

Mon cher Maître,

Après avoir guidé nos premiers pas de stagiaire, vous nous avez accueilli pendant dix-huit mois comme externe dans votre Service. Nous y avons appris, grâce à vous, l'amour et la pratique de notre art.

Permettez-nous de vous dédier ce travail que vous nous avez inspiré, en hommage de notre profonde reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

A Monsieur le Professeur Agrégé J.-J. DUBARRY

Membre de la Société de Gastro-Entérologie

Médecin des Hôpitaux

qui nous a aidé de ses conseils au cours de notre travail et nous a confié ses observations personnelles.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur DUFOUR

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Chef des Travaux anatomiques

Chirurgien des Hôpitaux

Officier d'Académie

A Monsieur le Professeur L. MASSÉ

Professeur de Clinique Chirurgicale

Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine

Associé national de l'Académie de Chirurgie

Membre du Comité français

de l'Association internationale de Chirurgie

Chirurgien des Hôpitaux

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Félix PAPIN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie
Membre correspondant national
de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

dont nous avons eu l'honneur d'être l'Externe, et qui a bien voulu présider cette thèse.

En témoignage de profonde gratitude.

ÉTUDE CLINIQUE DES ULCÈRES DE LA GRANDE COURBURE GASTRIQUE

TITRE I

INTRODUCTION

Avant d'aborder le sujet de notre étude, nous remercions bien vivement MM. les Docteurs Ed. Dubourg et Lefèvre, M. le Professeur Dufour et M. le Professeur Agrégé Dubarry, auprès desquels nous avons toujours trouvé le meilleur accueil, qui nous ont confié leurs observations, dont quatre sont inédites, et qui nous ont aidé de leurs conseils.

Que M. le Docteur Edgar Dubourg en particulier, à qui nous devons tant pour l'aide amicale qu'il nous a apportée tout au long de nos études médicales, et qui nous a inspiré ce sujet de thèse, trouve ici renouvelée l'expression de notre profonde gratitude.

L'ulcère pur de la grande courbure est une rareté clinique et peu d'observations en ont été publiées. Nous limiterons notre sujet à l'étude clinique des ulcères purs

localisés sur la grande courbure, éliminant les considérations générales sur la maladie de Cruveilhier ou sur ses autres localisations, et nous nous efforcerons d'en dégager :

— Les signes cliniques particuliers à cette localisation ulcéreuse ;

— Les aspects radiologiques rencontrés dans cette affection ;

— Les types évolutifs et les complications spéciales à ce siège anatomique.

A propos de la discussion du diagnostic et du traitement, nous essaierons d'élucider les rapports de l'U.G.C. avec le cancer gastrique.

TITRE II

HISTORIQUE
ET CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

L'ulcère de la grande courbure de l'estomac, nous l'avons déjà signalé, semble être une exception. Le premier travail faisant état d'un cas indiscutable, diagnostiqué cliniquement et radiologiquement, authentifié par l'intervention et l'histologie, est celui de Finsterer et Glœsner, qui remonte à 1913.

Auparavant, seules des statistiques opératoires d'ulcus gastriques avaient mentionné la localisation sur la G.C. dans une proportion variant de 1 à 6 %, sans qu'aucun auteur ait semblé devoir faire une mention spéciale à l'U.G.C.

Depuis l'observation de Finsterer en 1913, jusqu'à la thèse française de Cormaty (Marseille, 1935), premier travail d'ensemble sur la question, 27 observations ont été relevées dans la littérature, particulièrement en Europe centrale et orientale. Cormaty n'en retient que 12, éliminant les cas qui n'avaient pas fait l'objet d'un contrôle histologique.

La thèse de Bauer (Paris, 1938) apporte 12 nouveaux

cas indiscutables, certains inédits, d'autres publiés depuis 1935.

A quelles conditions avaient abouti ces auteurs ?

Les voici, brièvement résumées :

1° L'U.G.C. existe indiscutablement, mais il est une rareté.

2° L'U.G.C. est particulièrement difficile à différencier du néoplasme pour deux ordres de faits :

— L'allure atypique du syndrome, avec parfois atteinte paradoxale et prédominante de l'état général ;

— Certaines images radiologiques fortement suspectes.

Ces deux considérations permettaient même à quelques auteurs, américains en particulier (Frank H. Lahey), de nier l'existence de l'U.G.C. Pour eux, toute ulcération de cette portion de l'estomac serait cancéreuse.

Les observations relevées dans les thèses de Cormaty et Bauer apportent la certitude de l'existence de cette localisation ulcéreuse, mais les auteurs insistent sur le fait que le diagnostic est pratiquement impossible, quand il s'agit d'affirmer la malignité ou la bénignité de la lésion.

3° Le seul traitement de choix qui découle de la remarque précédente semblait donc être la gastrectomie large aussi précoce que possible, apportant, par l'examen histologique consécutif, la certitude du diagnostic.

Depuis cette époque, nous n'avons pu trouver que 7 cas publiés dans la littérature médicale française, et une observation de A. E. Hussar (Los-Angelès) qui fait état d'un total de plus de 60 cas publiés d'ulcères bénins (sans aucune observation française), dont 17 ont été confirmés histologiquement. Les observations que nous avons recueillies sont reproduites à la fin de ce travail. Certaines, sur lesquelles nous n'avons pu malheureusement obtenir de détails, rapportent, brièvement résumées, les constatations des auteurs.

Dans le même temps, 9 cas d'U.G.C. ont été observés et suivis à Bordeaux, dont l'un a fait l'objet d'une communication des Docteurs Ed. Dubourg et H. Lefèvre à la Société de Gastro-Entérologie du Sud-Ouest cette année même, et 4 autres ont été récemment présentées à la même Société, par MM. le Professeur agrégé J.-J. Dubarry et E. Dubarry, les 4 derniers cas étant inédits.

Ces 9 observations, qui sont reproduites à la fin de ce travail, nous permettent, avant d'aborder l'étude générale de l'U.G.C., quelques remarques intéressantes :

a) L'U.G.C. n'est peut-être pas aussi rare qu'on le pense. N'est-il pas souvent méconnu faute de clichés explicites, ou bien considéré de prime abord comme un néoplasme et enlevé comme tel ?

b) Les observations que nous rapportons confirment les faits cliniques, tels qu'ils avaient déjà été décrits.

— A côté de syndromes plus ou moins typiques au point de vue de leur histoire clinique, d'autres sont franchement atypiques avec atteinte prédominante de l'état général.

— Nous avons retrouvé, en de fort belles images, les aspects radiologiques qui avaient été décrits.

c) L'U.G.C. peut être diagnostiqué, malgré l'incertitude des arguments cliniques, et même radiologiques :

Les quatre observations du professeur agrégé Dubarry et deux des observations du docteur E. Dubourg sont d'un grand intérêt à ce point de vue : 6 fois l'U.G.C. a été diagnostiqué et aucun de ces malades n'a été opéré. Un de ces cas a été suivi depuis 1939, 4 autres depuis 1944 et 1945 avec guérisons et améliorations nettes par le traitement médical. Le sixième cas (obs. 3) est trop récent pour que l'on puisse en faire réellement état.

Nous soulignons encore l'intérêt de ces observations, car tous les autres cas rapportés d'U.G.C. avaient été opérés presque systématiquement.

TITRE III

GÉNÉRALITÉS

A. — Etiologie

1° *Fréquence.* — L'U.G.C. est rare. Mattews (1935) a réuni dans un tableau toutes les statistiques opératoires faisant mention d'U.G.C., à côté des autres ulcères gastro-duodénaux.

Suivant les auteurs, la proportion varie de 1 à 6 %. Mais ces statistiques, non appuyées d'observations précises, feraient penser que la proportion serait moindre, 1 à 2 % semblant le maximum.

2° *Age des malades.* — Les travaux précédents mentionnaient la plus grande fréquence dans l'âge moyen de la vie, avec quelques cas rapportés chez l'enfant et le vieillard.

Cormaty trouvait :

De 21 à 30 ans	1 cas
— 31 à 40 —	6 —
— 41 à 50 —	3 —
— 51 à 60 —	1 —
— 61 à 70 —	1 —

Pour nous, en réunissant les observations de la thèse de Bauer et les nôtres, nous trouvons :

De 20 à 30 ans	.....	1 cas
— 30 à 40 —	.....	3 —
— 40 à 50 —	.....	5 —
— 50 à 60 —	.....	12 —
— 60 à 70 —	.....	6 —
— 70 à 80 —	.....	1 —

Il semble donc que nous puissions fixer l'âge moyen de l'U.G.C. en réalité entre 45 et 60 ans. Plusieurs cas (7) de malades âgés de plus de 60 ans nous autorisent même à avancer que la localisation ulcéreuse sur la G.C. ne serait pas rare chez le vieillard. Dans un travail inspiré par le Professeur agrégé Dubarry (1) et portant sur 30 cas d'ulcères gastro-duodénaux récents chez le vieillard, figuraient 2 observations résumées d'U.G.C. que nous publions aujourd'hui intégralement. Soit une proportion de 7 % de localisations sur la G.C. dans les ulcères purs du vieillard après 60 ans.

3° *Sexe.* — La répartition entre les deux sexes semble à peu près égale et la femme est aussi fréquemment atteinte que l'homme.

4° *Antécédents.* — Ceux-ci, qu'ils soient morbides, professionnels, ou autres, ne semblent jouer aucun rôle précis.

5° *La pathogénie,* d'ailleurs, reste aussi obscure que toute la pathogénie ulcéreuse en général. Nous n'aborderons pas ici la discussion des théories en présence, limitant notre sujet à la seule localisation sur la G.C. de la maladie ulcéreuse.

B. — Rappel anatomique

Rappelons brièvement que la grande courbure ou bord gauche de l'estomac, n'a aucune limite anatomique précise.

(1) Pélissier (thèse Bordeaux, 1945).

1° *Anatomiquement,* c'est donc une ligne idéale formant la limite entre les deux faces gastriques antérieure et postérieure.

C'est une ligne courbe convexe à gauche et on lui décrit 3 portions :

— Supérieure, limitant à gauche la grosse tubérosité ;

— Moyenne, verticale, donnant insertion au ligament gastro-splénique ;

— Inférieure, horizontale, sur laquelle s'attache le ligament gastro-colique.

Ces ligaments s'attachent, non sur le bord gauche idéal de l'estomac, mais en réalité à quelques mm. en arrière de ce bord. Dans leur épaisseur chemine le pédicule vasculo-nerveux de la G.C., à proximité de celle-ci, mais en réalité à une distance de 15 mm. environ, ce qui explique la rareté relative des hémorragies cataclysmiques.

La surface interne de l'estomac ne présente aucune différenciation ni limite au niveau de la G.C.

2° *Cliniquement,* nous devrons donc définir arbitrairement la grande courbure comme la crête convexe limitant toute la hauteur du bord gauche de l'estomac, du cardia au pylore, et les portions immédiatement avoisinantes des faces, jusqu'à 1 ou 2 cm. du bord gauche idéal de la poche gastrique.

C. — Anatomie pathologique

1° *Les dimensions* de l'ulcère sont variables. Cependant, la plupart des auteurs ont rencontré des ulcères de grande taille, allant de 2 à 4 ou 5 cm. Les observations que nous présentons font, elles aussi, état de grands ou très grands ulcères : il semble donc que, sur la G.C., on rencontre dans la majorité des cas des ulcères géants.

2° *Le siège* de la lésion est à considérer :

— en hauteur,

— en largeur.

a) *Dans le sens de la hauteur,* la localisation la plus fréquente semble bien être l'union 1/3 supérieur et 1/3 moyen.

En effet, sur 15 observations où le siège de la lésion est précisé, nous la trouvons :

— 6 fois au 1/3 supérieur ;
— 7 fois au 1/3 moyen ;
— 2 fois à la portion horizontale.

La localisation type de l'U.G.C. semble donc être sur la portion verticale à sa partie moyenne, et plus particulièrement à la limite inférieure de la tubérosité gastrique.

Ce siège nous explique la fréquence de la pénétration intra-splénique lorsque l'ulcère est térébrant.

b) *En largeur,* le siège n'est pas toujours bien précisé. Quand il a été noté, il l'a été sur le versant antérieur ou postérieur, ou a cheval sur la G.C. elle-même, un nombre de fois sensiblement égal.

3° *Le nombre* des ulcérations.

Il n'a jamais été retrouvé de localisation multiple sur la G.C. elle-même. Par contre, l'association avec une autre localisation gastro-duodénale avait déjà été rapportée et nous la retrouvons dans 4 de nos observations (1 ulcus de la petite courbure associé — obs. 8 — ; 3 cas d'ulcus duodénal associé — obs. 4, 11 et 14).

4°*Evolution anatomique.* — Se fait, comme dans tout ulcère non traité, vers la *perforation.*

En péritoine libre ? Presque jamais (obs. 10).

Le processus de périgastrite est en effet toujours très marqué et étendu, à l'examen des pièces anatomiques d'U.G.C. Peut-être le fait est-il dû à la mobilité de la poche gastrique à ce niveau, qui demande à la réaction péritonéale un colmatage serré et étendu.

En conséquence, les perforations d'U.G.C. se feront dans les organes voisins : *perforations bouchées* qui peu-

vent se faire dans le lobe gauche du foie, la queue du pancréas, l'angle gauche du côlon, la paroi abdominale antérieure même, mais qui se font *électivement dans la rate*. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus en détail.

La rétraction de la paroi gastrique n'est pour ainsi dire jamais rencontrée, même avec de très gros ulcères calleux. Ceci peut être dû également à la grande souplesse de la poche gastrique à ce niveau.

La cancérisation d'un ulcère pur semble fort rare. Une seule observation de Gutmann (thèse de Bauer) en a rapporté un cas indiscutable. D'ailleurs, nous avons vu que l'U.G.C. siège rarement sur la portion horizontale de l'estomac. Vraisemblablement, comme sur la P.C., seuls les ulcères de la région antrale ont une tendance marquée à la cancérisation.

La récidive in situ sur la G.C. a été observée une fois après gastrectomie annulaire, par Modiano et Avram (obs. reproduite dans la thèse de Bauer).

TITRE IV

DIAGNOSTIC POSITIF

Comme pour toute la pathologie digestive, il comporte trois étapes :

I. — Etape clinique.

II. — Etape radiologique.

III. — Examens complémentaires :
— Examen endoscopique,
— Examens de laboratoire.

Les examens clinique et radiologique sont d'importance égale, et, pour tous deux, primordiale. Un bon diagnostic ne saurait être porté sur un cliché isolé de l'histoire clinique qui l'a provoqué, pas plus que sur un syndrome non étayé par un bon examen radiologique.

Les autres examens sont pratiqués plus rarement et on y attache généralement moins d'importance. Leur intérêt, sans être primordial, est cependant loin d'être négligeable.

CHAPITRE I

ETAPE CLINIQUE

Allons-nous retrouver, à l'interrogatoire des malades atteints d'U.G.C., le caractère de périodicité des douleurs, qui amènent le malade à consulter 9 fois sur 10, caractère si spécial au syndrome ulcéreux ?

Il semble bien, à la lecture des observations, que l'on soit en droit de distinguer trois aspects différents du tableau clinique :

1° Malades présentant des « périodes ulcéreuses » typiques, rythmées et périodiques.

2° Malades ne présentant qu'un syndrome digestif atypique, quelquefois masqué par une atteinte disproportionnée de l'état général.

3° Syndromes modifiés par la présence de complications.

A. — *Malades présentant des périodes ulcéreuses typiques*

L'histoire racontée par le malade est très évocatrice. Nous avons retrouvé ces syndromes typiques dans 10 des observations que nous rapportons, soit plus de la moitié des cas.

Nous rappellerons brièvement ce syndrome bien connu tel qu'il ressort de l'étude de ces observations.

La DOULEUR en est le signe essentiel, celui qui inquiète le malade et l'amène à consulter.

Elle est caractérisée par :

— *Son rythme* (horaire et périodicité) :

a) *Dans la journée,* son horaire est fixé par les repas.

En général, elle apparaît 2 à 3 heures après les repas, principalement celui de midi. Elle a cependant été signalée plus précoce ou plus tardive.

Sa durée est rarement précisée dans les observations. Elle peut être calmée par la position couchée (obs. 1, 6), l'ingestion d'aliments ou d'alcalins (obs. 4, 6, 7, 16), ou par les vomissements (obs. 4, 11, 12).

b) *Dans l'année,* les périodes douloureuses permettent de différencier les « poussées ulcéreuses », durant lesquelles la douleur se reproduit quotidiennement avec ses mêmes caractères.

La poussée dure 15 jours à 1 mois et elle est séparée de la suivante par une période de calme total qui se prolonge pendant une durée variable, mais assez constante chez un même sujet : tous les ans (obs. 6, 11), tous les 4 ou 5 mois (obs. 12). Signalons avec M. DUBARRY que dans un cas (obs. 7), sur un fond de douleurs permanentes, survenait en septembre-octobre une poussée typique durant un ou deux mois.

— *Son siège et ses irradiations :*

Epigastrique dans la plupart des cas. Des irradiations ont été signalées dans le dos ou en ceinture.

Plus intéressante à connaître nous apparaît l'irradiation vers la gauche, inconstante, mais retrouvée cependant par MM. E. DUBOURG (obs. 2), DUBARRY (obs. 7), GOBEAU, BONTE, DUMEZ (obs. 16), RAVAUD et GIRARD (obs. 11).

La localisation franchement gauche de la douleur a été

notée par MM. E. Dubourg et Lefèvre (obs. 1), et par MM. de Luna et Luccioni (« prédominant sous le rebord costal gauche » — obs. 12).

— *Son type et son intensité :*

Pesanteur, brûlure, crampe d'intensité variable, parfois subissant une exacerbation dans l'après-midi ou dans la nuit, parfois à type de faim douloureuse et cédant alors à l'ingestion d'aliments.

En résumé, de ce bref rappel du cycle douloureux, nous constatons qu'il ne se différencie guère du syndrome ulcéreux classique des autres localisations gastro-duodénales de la maladie de Cruveilhier.

Seules la localisation franchement gauche de la douleur, sa prédominance ou son irradiation de ce côté, apportent une note clinique un peu particulière en faveur de l'U.G.C., dans les cas où elles ont été notées. Cette douleur gauche est malheureusement inconstante et nous ne la trouvons indiquée que dans 6 de nos observations. Quand elle existe, elle mérite cependant que l'on en tienne compte.

Les autres éléments du syndrome ulcéreux sont d'une importance moindre, et inconstants.

— Les vomissements, quand ils existent, sont aqueux, acides et soulagent en général la douleur (obs. 4, 11, 12).

— Les hémorragies occultes, le mœlena, la constipation sont irrégulièrement rapportés dans les observations.

— L'appétit, souvent conservé entre les poussées, est fréquemment perturbé à leur apparition, qui s'accompagne, souvent, d'un trouble profond de l'état général avec anorexie, anémie et amaigrissement rapide et important.

B. — *Malades avec des syndromes digestifs atypiques et atteinte prédominante de l'état général*

Nous avons déjà laissé entendre combien le diagnostic de l'U.G.C. soulève de difficultés lorsqu'il s'agit d'éliminer un néoplasme, même devant des histoires ulcéreuses classiques.

On conçoit que le clinicien puisse être hanté par la crainte d'un cancer devant des tableaux cliniques fort suspects.

Cormaty en avait déjà relevé un cas, et quoique la thèse de Bauer, en 1938, n'en rapporte pas de nouveau, il nous paraît intéressant d'y insister, car nous publions 4 observations (obs. 1, 4, 9, 15) dans lesquelles l'histoire clinique ne révèle aucune périodicité, mais un syndrome général très accusé et d'évolution suspecte.

Comment se présente ce syndrome ?

— Vagues douleurs, malaises ou pesanteurs sans horaire fixe ni relation avec les repas, siégeant dans la région épigastrique ou l'hypocondre gauche (obs. 1, 4, 9) ou plus ou moins masqués par un syndrome vésiculaire (obs. 4, 15) avec digestions lentes, ballonnements, migraines, douleurs de l'hypocondre droit.

Parallèlement on constate :

— Amaigrissement notable, souvent très rapide et important (30 kgs dans un cas — obs. 9).

— Anorexie simultanée fréquemment constatée, mais les auteurs n'ont jamais noté cependant qu'elle fût élective, avec dégoût pour certains aliments, viandes et graisses en particulier.

— Anémie rapide et importante, avec décoloration des téguments et muqueuses, ayant pu faire soulever un moment le diagnostic d'une affection sanguine dans l'observation de MM. Ed. Dubourg et Lefèvre (obs. 1).

N'y a-t-il pas là de quoi aiguiller le clinicien sur l'idée d'un cancer en évolution, et ne subsistera-t-il pas un doute sur la nature de la lésion une fois les clichés en mains ?

Nous nous réservons de traiter de cette importante question au chapitre du diagnostic différentiel.

Notons cependant que dans nos quatre observations, ainsi d'ailleurs que dans celle que Cormaty avait reproduite, il s'agit de femmes. 4 fois la malade est âgée (de 55 à 77 ans). Or nous savons que l'ulcus récent du vieillard prend volontiers une forme torpide avec atteinte de l'état général (1). Dans un cas cependant il s'agissait d'une jeune femme de 38 ans : histoire très suspecte, examen radiologique aussi, et le diagnostic préopératoire fut celui de néoplasme, infirmé par l'examen microscopique.

C. — *L'examen physique*

L'examen physique, chez ces malades, que leur syndrome douloureux soit typique ou bâtard, ne nous donne que des renseignements inconstants, même pratiqué en période de crise.

— Il peut être entièrement négatif (obs. 7, 8).

— Ou ne montrer qu'une légère tension douloureuse de l'épigastre, quelquefois plus marquée à gauche (obs. 6).

— Nous avons trouvé dans 3 cas une localisation plus précise :

a) Douleur exquise de l'extrémité interne de la 10e côte gauche (obs. 12) ;

b) Sensation de bosse perçue par le malade lui-même, après les repas, dans la partie gauche de l'épigastre (obs. 16) ;

c) Douleur provoquée de l'hypocondre gauche et

(1) Thèse Pélissier (Bordeaux, 1945), déjà signalée.

perception de « ce qui semble être le pôle inférieur de la rate » (obs. 1).

En résumé, si l'examen physique n'est pas toujours d'un grand secours, et s'il ne fournit que rarement des signes positifs nets, il permettra au moins, par les signes négatifs qu'il apporte, d'éviter certaines erreurs de diagnostic, et sa pratique ne saurait être négligée.

D. — *Ulcère de la grande courbure compliqué*

Quelques variantes pourront être apportées à ce tableau clinique par la présence de complications.

1° *Les hémorragies.* — Si on ne les considère plus comme un symptôme nécessaire pour établir un diagnostic d'ulcus, elles n'en sont pas moins une complication loin d'être exceptionnelle.

Nous avons retrouvé (obs. 15, 16, 18) 3 cas d'hémorragies importantes, cataclysmiques, dont l'une a nécessité plusieurs transfusions, les deux autres ayant entraîné la mort. Des cas semblables n'avaient jamais été rapportés.

Cormaty mentionnait cependant 3 cas d'hémorragies de moyenne abondance, et nous en rapportons un nouveau (obs. 2).

Mais, si l'on en juge par le nombre d'observations qui signalent l'anémie importante de ces malades, les hémorragies occultes doivent être considérées comme fréquentes, et elles devraient être recherchées systématiquement dans les selles en période douloureuse.

2° *La sténose* orificielle ou médio-gastrique n'a jamais été rencontré, sauf dans un cas d'U.G.C. associé à un U.P.C. (Gutmann, 1933).

3° *La perforation en péritoine libre* semble très rare. Il en existe seulement deux observations : celle de Koch et Baladan, reproduite dans la thèse de Cormaty, et celle de Debeyre et Jouve que nous rapportons (obs. 10).

Elle ne se distingue pas des autres perforations ulcéreuses en péritoine libre. La seule conduite à tenir est l'intervention d'urgence.

4° *La perforation bouchée* ou *pénétration* dans un organe voisin semble être de loin la complication la plus fréquente. Les travaux antérieurs faisaient déjà état d'un grand nombre d'ulcères térébrants.

Sur les 17 malades dont nous rapportons l'observation (la 18e étant un néoplasme), 11 ont été opérés ou sont décédés d'hémorragie foudroyante avant l'intervention (4 malades du Professeur agrégé Dubarry et 2 malades du Docteur E. Dubourg étant traités médicalement).

Sur ces 11 cas, 7 au moins étaient des ulcères térébrants.

a) *Du point de vue anatomique,* la pénétration peut se faire dans tous les organes voisins :

— Paroi abdominale antérieure ;

— Epiploon et côlon transverse ;

— Queue du pancréas et surtout *rate.* C'est dans ce dernier organe que se fait électivement la pénétration. Nous insisterons donc à nouveau sur la fréquence des U.G.C. térébrants de la rate. Cette pénétration est souvent très étendue (plusieurs centimètres de diamètre), entourée d'une périgastrite serrée indissécable, et nombre de chirurgiens ont dû pratiquer une splénectomie pour enlever l'estomac.

b) *Du point de vue clinique.* — Peut-on prévoir la pénétration ? Les pénétrations de la paroi antérieure ou de l'épiploon, rares, sont fort difficiles à diagnostiquer. La tuméfaction douloureuse, perceptible sous la paroi, en imposerait plutôt pour une tumeur maligne.

Il n'en va pas de même pour la pénétration intra-splénique.

— Aubert avait déjà signalé la douleur spontanée, lé-

gère, siégeant dans l'hypocondre gauche, ne présentant pas d'horaire fixe. MM. Ed. Dubourg et H. Lefèvre la retrouvent chez leur malade (obs. 1), avec, à l'examen, une rate percutable sur une paume de main, et dont on sent le pôle inférieur, sensible. A l'intervention, le fond de l'ulcère siégeait sur le pôle inférieur de la rate et le côlon transverse dans sa partie gauche.

— De même, De Luna et Luccioni (obs. 12) trouvent, après un syndrome ulcéreux typique, une exacerbation intolérable des brûlures qui deviennent subintrantes, avec à l'examen une douleur exquise à l'extrémité de la 10e côte gauche.

M. H. Lefèvre (obs. 4) constate une évolution analogue chez son malade.

— De plus, toutes les observations font état de l'atteinte marquée de l'état général, avec amaigrissement, anémie importante (malheureusement, elle est rarement chiffrée dans les observations).

5° *La périgastrite :*

Isolée ou concomitante à une pénétration, elle semble être de règle.

La plupart des comptes rendus opératoires la mentionnent et insistent sur son importance.

— La périgastrite à évolution postérieure réalise des adhérences serrées avec le lobe gauche du foie, la rate et la queue du pancréas, sources d'importantes difficultés opératoires et nécessitant parfois à elles seules la splénectomie.

— Antérieure, la périgastrite s'accompagne de signes cliniques. Tiraillements épigastriques, exacerbation des douleurs à certains mouvements (extension du tronc), tension épigastrique gauche à l'examen.

Le malade de De Luna et Luccionni était obligé de se tenir courbé en avant et l'extension du tronc réveillait une

douleur intolérable. On le conçoit aisément lorsque l'on sait qu'ils ont trouvé le grand épiploon complètement adhérent, d'une part à la paroi abdominale et au diaphragme, d'autre part à l'estomac et à la rate.

6° *La cancérisation :*

Nous avons vu (chapitre anatomie pathologique) qu'elle est exceptionnelle, et n'a presque jamais été rapportée. Ce n'est pas le problème de l'ulcère cancérisé qui se pose le plus souvent, mais celui de différencier un ulcère pur d'un cancer ulcériforme : nous l'étudierons au diagnostic différentiel.

Rappelons cependant qu'il faut toujours être très prudent et qu'on devra se méfier :

— D'un changement dans le rythme des périodes et le caractère des douleurs.

— D'un trouble grave de l'état général, avec anorexie élective, amaigrissement important.

— D'images radiologiques rapidement évolutives.

— D'un échec du traitement médical, surtout s'il avait réussi lors de crises antérieures.

CHAPITRE II

ETAPE RADIOLOGIQUE

L'étude des clichés accompagnant les observations que nous rapportons présente un double intérêt :

1° L'U.G.C. a ses signes radiologiques propres, différents de ceux de l'U.P.C. Le type en est la *niche inscrite dans une zone lacunaire.*

2° Ces images, on le conçoit, sont fréquemment suspectes et rendent fort délicat le diagnostic de la nature de la lésion.

A. — *Signes directs*

Trois aspects radiologiques ont été décrits :

— La lacune ulcéreuse ;

— La niche ;

— La niche inscrite dans une lacune, de très loin l'aspect le plus fréquent.

1° *La lacune* ulcéreuse, sans niche, semble fort rare. Les thèses de Cormaty et Bauer en rapportent trois cas. Nous n'en avons pas retrouvé d'autre depuis.

Rappelons brièvement comment les auteurs ont cherché à expliquer la formation de telles images dans des processus ulcéreux purs.

— Pour Gutzeit et Kuhlmann (qui auraient observé le phénomène à la gastroscopie), il y aurait une intrication des plis de la muqueuse, semblable à la disposition des tuiles d'un toit, qui se formerait au devant de l'ulcération ; l'ulcère se trouverait ainsi exclu de la cavité gastrique par un paquet de plis de la muqueuse (Packfattenbildung).

Il ne pourrait donc y avoir de niche, l'ulcère ne communicant pas avec la poche gastrique, et le bourrelet de plis muqueux, imbriqués les uns sur les autres, expliquerait l'image lacunaire arrondie.

— Pour Simon, Koch et Baladan, il y aurait une grosse infiltration œdémateuse et inflammatoire péri-ulcéreuse, pouvant obturer la cavité de l'ulcération.

Cette explication, plus simple, nous paraît d'autant plus facile à adopter que, dans les ulcères duodénaux, un phénomène analogue a été constaté.

— De toutes façons, de tels phénomènes ne peuvent se produire que sur une muqueuse souple et mobile, pouvant permettre ce gonflement important. Anatomiquement, cette condition est réalisée au niveau de la G.C., où la muqueuse est beaucoup plus lâche que sur la P.C.

Par ailleurs, lorsque la muqueuse est devenue épaisse, rigide, cartonnée après de nombreuses poussées inflammatoires, on conçoit qu'elle ne se laisse plus soulever aussi facilement par l'œdème.

Nous proposons donc l'explication suivante pour les images radiologiques de l'U.G.C. :

a) Ulcère très jeune : image lacunaire pure. C'était le cas dans les observations de Simon et de Koch et Baladan.

b) Ulcère en cours d'évolution : niche dans une lacune. La muqueuse est moins souple, l'œdème pourra donc être moins important et ne plus obturer la cavité ulcéreuse. Celle-ci, par ailleurs, s'est agrandie. C'est l'aspect que

nous rencontrons de beaucoup le plus souvent : la niche dans une zone lacunaire.

c) Ulcère vieux : la grosse niche sans lacune. La muqueuse, cartonnée par les poussées antérieures, ne réagit plus : il n'y a plus de lacune. Il persiste une niche, géante en général, car à ce stade l'ulcère s'est compliqué et il est pratiquement toujours térébrant.

Cette hypothèse que nous formulons sur les images radiologiques en fonction de l'âge de l'ulcère semble bien confirmée par les faits cliniques dans les observations, tout au moins celles qui sont assez détaillées.

Revenons maintenant à la description des images trouvées sur les clichés :

2° *La niche inscrite dans une zone lacunaire :*

C'est l'aspect que nous retrouvons 11 fois sur les 14 cas pour lesquels nous avons, soit un compte rendu radiologique détaillé, soit les clichés. Cette fréquence mérite que nous nous arrêtions un peu sur le détail de ces images.

— Caractères de la zone lacunaire :

Perte de substance dans l'opacité de la baryte, la lacune est le plus souvent arciforme et de grande taille.

Son contour, rarement net, est en général irrégulier et flou.

Elle peut s'accompagner de modifications spasmodiques persistantes à son voisinage (obs. 9).

La palpation sous écran à son niveau est douloureuse, et, si l'on constate le plus souvent un certain degré de rigidité segmentaire, il est cependant possible de mobiliser et de modifier ces images.

— Caractères de la niche :

Siège en général au milieu de la région lacunaire. Quelquefois niche petite ou moyenne, triangulaire ou arrondie

à bord irrégulier, dont le sommet n'atteint pas le prolongement de la G.C. (obs. 3, 7).

Le plus souvent, elle est volumineuse, véritable niche géante de plusieurs centimètres de diamètre. Sa forme est variable : rectangulaire (obs. 11), elle est en général arrondie ou ovalaire. Ses contours sont fréquemment irréguliers et son opacité non homogène. Les plus grosses niches, certaines énormes, sont pédiculées, avec un niveau liquide surmonté d'une bulle d'air. On peut alors affirmer presque à coup sûr la pénétration dans un organe voisin.

Signalons qu'un des clichés que nous reproduisons, dû à l'obligeance du Professeur agrégé Dubarry (fig. 9, obs. 9), montre, au milieu d'une région spasmodique et lacunaire sur la G.C., une image de niche de face telle qu'on en trouve au niveau du duodénum. Un tel aspect n'avait jamais été rencontré et mérite d'être signalé.

3° *La niche isolée* est le troisième type d'image que nous avons rencontré (obs. 4, 12, 16). Elle présente le même type que celui que nous venons de décrire, niche pédiculée, suspendue avec niveau liquide (obs. 12) ; niche énorme réunie à l'estomac par un très large pédicule et avec niveau également (obs. 16).

Dans ces cas, il n'y a pas de lacune associée, et il s'agit bien de vieux ulcères compliqués avec des syndromes évoluant depuis 10 ou 15 ans.

B. — *Signes indirects*

Ils ne sont pas d'un très grand secours pour le diagnostic, en raison de leur inconstance.

— Les plis de la muqueuse peuvent être très bien conservés. Certains auteurs ont noté leur disparition, ou bien leur convergence vers la niche (Ravault et Girard, obs. 11).

— Le péristaltisme peut être normal, diminué, ou fortement augmenté.

— On a pu noter une encoche spasmodique sur la petite courbure (obs. 9), en face de l'ulcère, une ébauche de biloculation, jamais de signes de sténose, même dans le cas d'ulcères pré-pyloriques.

— Pas plus que Bauer, nous n'avons retrouvé, sur nos clichés, le pli muqueux transversal unissant la G.C. à la P.C. perpendiculairement aux plis normaux verticaux de la muqueuse, et arrêtant « comme une digue » la progression de la baryte (Gutzeit et Kuhlmann).

CHAPITRE III

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Nous ne saurions terminer cet exposé des symptômes de l'U.G.C. sans parler des examens paracliniques, dont l'intérêt, moins immédiat peut-être, n'en est pas moins indéniable.

Malheureusement, peu d'observations font état de ces examens. Manquant de documents, nous nous bornerons donc à mentionner :

— *Le tubage,* qui donne des résultats inconstants, tantôt en hyper, tantôt en hypo, ne saurait nous fournir d'argument vraiment concluant pour le diagnostic.

— *L'analyse coprologique,* lorsqu'elle a été pratiquée, a montré la présence intermittente de sang dans les selles, en période de crise. Rappelons que pour avoir une valeur, cet examen ne doit être pratiqué que chez un malade n'ayant mangé ni viande ni poisson depuis 3 jours.

— *Numération et formule* mettent en évidence l'anémie qui frappe bien souvent ces malades.

— *La gastroscopie* devrait être d'un grand secours. Par défaut de matériel, elle n'a été pratiquée chez aucun des malades dont nous publions les observations. Son intérêt serait toutefois indéniable lorsque la lésion est suspecte de malignité.

Ce n'est cependant pas l'opinion de Moutier, qui a pratiqué cet examen sur 3 malades atteints d'U.G.C.

Voici l'essentiel de ses conclusions :

a) L'examen est rendu très délicat, d'une part par le grand nombre de plis muqueux verticaux difficiles à déplisser qui peuvent masquer la lésion, d'autre part par la mobilité normale de la partie gauche de l'estomac qui empêche de la fixer dans le champ du gastroscope.

b) Il semble, d'autre part, que le diagnostic d'une évolution maligne ne puisse être posé qu'assez tardivement. On ne saurait s'en étonner puisque dans bien des cas il n'a pas pu être posé sur le vu de la pièce anatomique avant l'examen histologique, et M. Moutier déclare : « Demander à la gastroscopie... de faire un diagnostic absolument irréfutable au début d'un cancer de l'estomac, avant d'intervenir, c'est condamner, à de rares exceptions près, à opérer toujours trop tard ».

TITRE V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'U.G.C.

Il se pose de la même façon que pour les autres ulcères gastro-duodénaux.

Il faut éliminer les affections extra-gastriques, puis discuter les affections gastro-duodénales.

I. — Diagnostic des affections extra-gastriques

a) *L'appendicite chronique,* à symptomatologie parfois épigastrique. Mais il n'y a pas de douleurs rythmées et périodiques. L'examen clinique et radiologique localise la douleur dans la région cœcale et la radio ne montre pas d'altérations gastriques.

b) *La colite* et l'entérocolite réalisent un syndrome douloureux différent. Les douleurs ne sont pas du même type, elles sont de siège variable, ou « en cadre », plus tardives et sans périodicité marquée. L'alternance constipation-diarrhée est fréquente. L'examen des selles, celui du cadre colique par lavement baryté lèveront les doutes.

c) Les affections vésiculaires ont souvent une symptomatologie épigastrique. Mais le passé hépatique, les intolérances alimentaires, les douleurs peu nettes, sans horaire bien fixe, évoluant par périodes de 3 ou 4 jours, fréquemment et irrégulièrement répétées, la sensibilité hépato-vésiculaire à l'examen, la radio enfin, feront le diagnostic.

Signalons l'association possible d'une cholécystite avec un U.G.C. (obs. 4 et 15).

II. — Diagnostic des autres affections gastro-duodénales

1° Nous éliminerons tout de suite les diagnostics rares :

— *Diverticules* et tumeurs bénignes de l'estomac, ne donnant pas de syndrome ulcéreux.

— *La syphilis gastrique* peut simuler cliniquement toute la pathologie de l'estomac et simuler l'ulcère, même à l'examen radiologique. Elle est très rare, mais il faut y penser.

— *La hernie épigastrique,* presque toujours douloureuse, reste souvent méconnue, et cependant elle ne résiste pas à un bon examen clinique qui permet toujours de la découvrir, évitant ainsi au malade un examen radiologique inutile, et au médecin des hésitations et peut-être des erreurs.

2° *Les gastrites,* quelle que soit leur étiologie, présentent un syndrome pseudo-ulcéreux, plus ou moins modifié ou atténué, sans rythmicité nette, mais nous avons vu que précisément l'U.G.C. peut présenter un tel tableau.

Seuls de bons clichés radiologiques, montrant l'absence certaine d'images suspectes, permettront de se contenter du diagnostic de gastrite.

3° *Les autres ulcus gastro-duodénaux :*

A part quelques nuances cliniques qui, nous l'avons vu, peuvent faire soupçonner un U.G.C., seul l'examen radiologique, pratiqué en période de crise, définira avec certitude la localisation exacte de la maladie de Cruveilhier.

Rappelons cependant que l'association de l'U.G.C. peut exister, tant avec un ulcère de la petite courbure, qu'avec un ulcère duodénal. Les clichés devront donc être examinés tous avec le plus grand soin.

4° *Le cancer gastrique :*

C'est évidemment le diagnostic majeur, et l'erreur a été commise fréquemment, dans un sens comme dans l'autre.

La tendance générale est cependant de diagnostiquer un cancer qui se trouve ensuite infirmé par l'examen histologique. Et l'on conçoit que, dans le doute, le clinicien ait la crainte de l'erreur plus grave qui consisterait à laisser évoluer un néoplasme peut-être opérable.

Faut-il en conclure que tout U.G.C. est suspect ou douteux, et que l'intervention est la seule ressource thérapeutique, en même temps que le seul moyen de poser un diagnostic certain par l'examen histologique de la pièce ?

C'était l'opinion développée par les auteurs des travaux précédents.

Cependant, si le diagnostic d'U.G.C. pur pouvait être posé avec certitude, ne pourrait-on éviter l'intervention à certains malades ? Ceux-ci s'y soustrairaient volontiers d'une part, d'autre part l'opération, souvent délicate, n'est pas absolument sans risque.

Ne pouvons-nous pas, au moins, dans certains cas, réunir un faisceau de signes cliniques et radiologiques, et surtout de tests évolutifs et thérapeutiques, permettant de poser avec une certitude presque absolue le diagnostic d'ulcère pur ?

— *Arguments cliniques :*

Résumons en quelques mots les signes cliniques de l'U.G.C. que nous avons étudiés plus haut.

Le syndrome ulcéreux typique existe dans les deux tiers environ des cas. Quand il existe, c'est un argument en faveur de l'ulcère pur.

Dans les autres cas, syndrome bâtard, plus ou moins précis, avec anémie, amaigrissement, atteinte de l'état général. Nous avons vu qu'il s'agissait pour la plupart de

malades âgés et que cette forme de tableau clinique était fréquemment rencontrée chez de tels sujets, dépassant 55 ou 60 ans, dans toutes les localisations ulcéreuses.

— *Arguments radiologiques :*

L'image radiologique rencontrée dans la grande majorité des cas est une niche géante, irrégulière, inscrite dans une lacune non homogène. Une telle image sur la petite courbure fait penser immédiatement à un cancer ou une cancérisation, mais nous avons vu qu'elle est l'image-type dans les ulcères purs de la G.C. Elle ne peut donc être qualifiée de suspecte en l'absence d'autres signes de malignité.

Il faudra s'attacher plus spécialement à apprécier le degré de souplesse conservé par la paroi gastrique dans son ensemble, et plus particulièrement au niveau de la lésion.

— *Arguments évolutifs et thérapeutiques :*

Ils auront ici une importance de tout premier plan.

Le malade, mis à un régime et à un traitement appropriés, suivi et revu à brève échéance, quelle a été l'évolution du syndrome ?

Le malade a-t-il repris du poids, des forces, de l'appétit, les douleurs se sont-elles calmées, mieux l'examen aux rayons objective-t-il une diminution ou disparition de l'image précédemment observée, on peut alors affirmer presque à coup sûr la lésion bénigne.

Quels sont en revanche les arguments qui pourraient faire pencher la balance en faveur du cancer, assez peu fréquent, ou de l'ulcère cancérisé, exceptionnel ?

— *Arguments cliniques :*

S'il y a un syndrome ulcéreux antérieur typique, la modification de ce syndrome revêt une importance capi-

tale : douleurs plus sourdes ou au contraire plus vives, se prolongeant au-delà de la durée ordinaire de la crise ; modification de l'horaire des douleurs moins bien rythmées par les repas ; apparition ou aggravation rapide des troubles de l'état général avec amaigrissement important et anorexie élective pour viandes et graisses.

— S'il n'y a pas de syndrome ulcéreux typique antérieur, aggravation brusque ou progressive du syndrome existant, ou apparition de symptômes nettement évolutifs et rebelles à tout essai thérapeutique.

— *Arguments radiologiques :*

Si l'image lacunaire ne doit pas être considérée comme suspecte par elle seule sur la G.C., il n'en va pas de même d'une rigidité marquée de la muqueuse. S'il est normal de trouver, au niveau de la lacune, un certain degré de raideur, la paroi reste cependant, en cas d'ulcère pur, plus ou moins déformable à la palpation sous écran, amenant des variations de l'image au cours du même examen.

On se méfiera donc :

— De la rigidité pariétale marquée ;

— De l'augmentation d'importance des images à plusieurs examens successifs ;

— De l'apparition de signes de sténose qui n'ont jamais été rencontrés au cours de l'U.G.C. pur.

— *Arguments thérapeutiques :*

Bien entendu, l'inefficacité du traitement médical, avec aggravation du syndrome clinique et radiologique, surtout si ce traitement avait agi lors de crises antérieures, permettra de suspecter fortement le cancer.

Signalons d'ailleurs que ces modifications des signes cliniques et radiologiques, combinées avec un échec de la

thérapeutique médicale, peuvent se voir au cours des autres complications de l'affection : ulcus calleux ou pénétrant avec périgastrite. C'est même au cours de ces complications qu'on les rencontre le plus souvent, puisqu'aussi bien la cancérisation est fort rare.

Mais dans le doute, il vaut mieux alors opérer : d'ailleurs ces malades ne sont pas calmés par un simple traitement médical.

Notre observation n° 1, de MM. Ed. Dubourg et H. Lefèvre, illustre bien cette remarque. L'histoire récente et rapidement évolutive, avec atteinte profonde de l'état général contrastant avec des douleurs vagues de l'épigastre et l'hypocondre gauche, la grande niche dans une lacune, avaient fait porter le diagnostic de néoplasme. Il s'agissait d'un ulcère pur précocement perforé dans la rate et le côlon.

Nous conclurons en disant que la discrimination entre l'U.G.C. et le cancer peut être parfois fort difficile et même impossible.

Cependant, dans certains cas, le diagnostic clinique peut être fait ; nous n'en voulons pour preuve que les six observations bordelaises d'U.G.C. non opérés, que nous publions dans cette thèse.

Le test thérapeutique mérite donc d'être tenté, si l'on n'a pas la main forcée par une complication qui évolue souvent avec une allure clinique bien suspecte. Il peut parfois éviter une intervention toujours sévère au malade, et les examens successifs doivent être faits avec le plus grand soin.

Par contre, l'échec du traitement est dû à une complication, dégénérescence ou autre, et doit alors faire envisager l'intervention qui, seule, soulagera le malade.

TITRE VI

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE

Le traitement de l'U.G.C. sera donc :

— Médical, toutes les fois que cela est possible.

— Chirurgical, en cas d'échec du traitement médical ou d'apparition de complications.

1° *Traitement médical :*

Ne diffère en rien du traitement médical classique de la maladie ulcéreuse. Nous n'y insisterons donc pas, nous bornant à rappeler :

— Les calmants et antispasmodiques : bromure, belladone en potions ou en injections ;

— Les poudres alcalines et les plâtrages ;

— L'histamine en injections sous-cutanées ou intradermiques, ainsi que les ferriscorbones, traitements étudiés à Bordeaux par le Professeur agrégé Dubarry, ont donné de très beaux résultats thérapeutiques, et leur emploi est devenu classique.

2° *Traitement chirurgical :*

Il devra être envisagé devant toute complication entravant l'action de la thérapeutique médicale.

La gastrectomie large est alors seule à envisager.

Nous n'entrerons pas dans les détails techniques de l'intervention, qui sortiraient du cadre de cette étude, nous bornant à signaler brièvement que les ulcères calleux et térébrants, avec grosse réaction de périgastrite, peuvent nécessiter des résections étendues; une splénectomie associée est parfois nécessaire.

Dans les ulcus très haut situés sur la tubérosité près du cardia, c'est la gastrectomie totale qui s'impose, telle que l'a bien mise au point à Bordeaux M. H. Lefèvre, qui a acquis une expérience indiscutable de cette intervention délicate, et, grâce à elle, des résultats remarquables.

TITRE VII

OBSERVATIONS

Avant d'essayer de tirer les conclusions qui peuvent se dégager de cette étude, nous publions 18 observations d'U.G.C. qui ont été diagnostiqués depuis 1938. La plupart sont très complètes et intéressantes, et il nous a paru utile de les publier intégralement ; pour deux d'entre elles, cependant, nous n'avons que fort peu de détails et nous nous bornons à en rapporter un bref résumé.

Nous avons le plaisir, sur ces 18 observations, de compter 9 cas traités et suivis à Bordeaux, et nous remercions bien vivement MM. Ed. Dubourg, Dufour et Lefèvre, qui ont bien voulu nous confier leurs observations inédites.

OBSERVATIONS
D'ULCÈRES DE LA GRANDE COURBURE
SUIVIS A BORDEAUX DEPUIS 1939

OBSERVATON I (fig. 1, 2, 3)

Ulcus haut situé de la grande courbure
précocement térébrant dans la rate et le côlon

(MM. Ed. DUBOURG et H. LEFÈVRE)

Mlle X..., 38 ans, toujours bien portante, pâlit, maigrit et se sent très fatiguée depuis 2 ou 3 mois. Elle éprouve de vagues douleurs, souvent simples malaises, dans la région de l'hypocondre gauche, sans rythme ni horaire précis, calmées par le décubitus, exagérées par l'effort. L'appétit est excellent, les selles normales.

On est frappé par son amaigrissement et son teint terreux, cependant les muqueuses ne sont pas notablement décolorées.

L'examen des divers organes est absolument négatif, même au niveau de l'abdomen, hormis une augmentation de la matité de la rate (petite paume), dont on perçoit le pôle inférieur légèrement sensible pendant l'inspiration, au ras des côtes.

Cette symptomatologie si vague fait peu songer à une affection digestive, et l'on cherche plutôt l'explication de l'atteinte de l'état général : infection occulte, bacillose, hémopathie ? Pas de fièvre, anémie simple sans altération de la formule :

G. R. = 4.192.000
G. B. = 8.000
Hgb = 90 % — V. G. = 1.09

Un mois après, l'état s'est aggravé, l'amaigrissement s'est accru, et surtout les douleurs sont plus intenses spontanément et à la palpation ; presque permanentes, à type constrictif, obligeant la malade à s'étendre. Quelques régurgitations d'eaux fades, pas de vomissements alimentaires ni sanglants.

L'examen radiologique montre immédiatement au niveau de la partie supérieure de la grande courbure une niche sessile du volume d'une grosse cerise, flanquée d'images lacunaires très suspectes, surgisssant au milieu d'une zone rigide, verticale, de 5 à 6 cm. de hauteur. En regard et au-dessous de cette niche, la face antérieure et la petite courbure présentent un aspect lacunaire très étendu. Pylore et duodénum normaux.

Ces lésions évoquant l'idée d'un néoplasme, on décide d'intervenir sans délai.

L'anémie s'est accentuée (G.R. = 3.800.000, G. B. = 10.000, Hgb = 80 %, V. G. = 1,05). Liquide gastrique à jeun : volume 20 cc. Hcl libre = 0,33 % ; Ac. combinée = 1,17 ; Ac. de fermentation = 0,18 ; Acidité totale = 1,68 o/oo. Débris végétaux, cellules épithéliales, ni pus, ni sang, ni cellules néoplasiques.

Intervention (Dr Lefèvre). — Anesthésie endo-trachéale (protoxyde d'azote, éther, oxygène). Laparatomie médiane. Estomac collé contre le foie, rouge, épaissi au niveau de l'antre comme s'il existait un processus de linite à cheval sur la petite courbure. Sur la grande courbure, gros ulcus calleux fusionnant le pôle inférieur de la rate, l'estomac, et la partie gauche du transverse. Le fond de l'ulcus est formé par la paroi intestinale. Gros ganglions enchâssant le pylore et le cardia. Gastropylorectomie de droite à gauche très difficile du fait de la périgastrite et des adénopathies. La section des adhérences ouvre l'estomac sur l'étendue d'une pièce de deux francs, le fond étant laissé sur le côlon. La rate est séparée de l'estomac, les vaisseaux courts liés. Le constricteur de Pauchet est placé allant du bord droit du cardia jusqu'au-dessus du vaisseau court le plus haut situé. L'estomac est enlevé

et ouvert pour voir la lésion, car la plaque indurée au niveau de l'antre donne l'impression d'un cancer. L'aspect interne ne confirme pas cette opinion : on se borne à une gastrectomie subtotale. Suites opératoires sans incidents : lever au 8e jour, sortie au 12e.

Examen histologique (Dr Mougneau). — Ulcus simple sans dégénérescence maligne, dont le fond est formé par une épaisse nappe de lymphocytes allant jusqu'à la musculeuse qui est dissociée. Muqueuse atrophiée, glandes infundibuliformes rares.

Depuis lors, la malade est restée en excellent état, a repris de l'embonpoint et ne souffre pas.

OBSERVATION II (inédite)

Ulcus haut situé de la grande courbure

(Dr Edgar Dubourg)

M. N..., 35 ans, résinier, souffre de l'estomac depuis 3 ou 4 ans par périodes irrégulières dans leur durée et leur moment d'apparition : fortes brûlures et crampes survenant 2 à 3 heures après les repas et durant 1 ou 2 heures, s'accompagnant rarement de vomissements. Appétit normal.

Ces douleurs occupent l'épigastre gauche et se propagent sous le rebord costal gauche en avant, sans gagner le dos. Pas de douleur en broche.

Récemment, au cours d'un vomissement, le malade a rendu une gorgée de sang vermeil, ce qui l'a incité à venir consulter.

Examen. — Rien de particulier dans les antécédents, sauf peut-être quelques excès de boisson. Poumons, coeur et autres appareils normaux. Palpation légèrement sensible sur une zone qui correspond à la moitié supérieure du muscle grand droit gauche, qui est légèrement contracté. Antre pylorique et duodénum normaux en apparence, de même que le foie, la vésicule, la rate, l'appendice, le côlon.

L'examen radiographique met en évidence, à l'exclusion de toute autre lésion, une niche du volume d'une petite noisette, sur la partie supérieure de la grande courbure, juste au-dessous de la bulle d'air. Cette niche, régulière, hémisphérique, est encastrée entre deux plages rigides où l'opacité est irrégulière, réalisant un aspect lacunaire.

Traitement médical. — Repas, régime, plâtrages bismuthés, bromure de sodium, belladone, 20 piqûres d'Hista-Dimilli à raison d'une par jour. Ce traitement, très bien suivi en raison de l'appréhension du malade à la perspective d'une intervention, a amené une amélioration très complète, telle qu'il n'est pas revenu faire l'examen de contrôle de rigueur.

Nous avons eu cependant récemment de ses nouvelles : il n'a plus eu de crises douloureuses ni d'hématémèses, mais il souffre encore un peu de façon épisodique.

OBSERVATION III (inédite)

Ulcus de la portion inférieure de la grande courbure

(Dr Edgar Dubourg)

Mme G..., 46 ans, vue le 7 septembre 1949, arrive de la Côte Occidentale d'Afrique où elle séjourne depuis un an. Elle y a été opérée de l'appendicite, dont elle souffrait depuis plusieurs mois, avec vomissements fréquents : ces symptômes ont été calmés par l'opération.

Il y a 20 ans, elle avait déjà présenté des troubles gastriques épisodiques dont il est difficile de préciser la nature.

Bonne santé en général. Il y a 6 ans, hystérectomie pour fibrome, suivie d'un ictère bénin durant quelques jours. Depuis l'opération d'appendicite, les douleurs gastriques ont réapparu, plus intenses et plus régulières qu'autrefois. Il s'agit de brûlures, de pesanteur douloureuse survenant 2 ou 3 heures après les repas et durant 1 ou 2 heures. Assez souvent, la malade a une sensation de langueur, de faim pénible avant les repas.

LÉGENDE DES FIGURES

Fig. 1. — (Observation I). Debout de face.
Grosse niche inscrite dans une lacune, au tiers supérieur de la grande courbure.

Fig. 2. — (Observation I). Decubitus dorsal de face.
Même malade que pour la fig. 1.

Fig. 3. — (Observation I). Decubitus dorsal en OAG.
Même malade que pour les fig. 1 et 2.

Fig. 4. — (Observation IV). Cliché avec double compression.
Double ulcère (duodénum et portion horizontale de la G.C.).

Fig. 5. — (Observation IV).
Même malade que pour la fig. 4.
Détail de la niche de la grande courbure.

Fig. 6. — (Observation VIII). Procubitus.
Grosse niche non homogène du tiers moyen de la grande courbure, dans une lacune irrégulière. A noter l'incisure de la petite courbure, peut-être cicatrice de l'ulcère primitif.

Fig. 7. — (Observation VII). Cliché en OAD.
Niche du tiers supérieur de la grande courbure.

Fig. 8. — (Observation IX). Cliché en OAG.
Vaste image diverticulaire de la grande courbure.

Fig. 9. — (Observation IX).
Même malade que pour la fig. 8. Très grosse incisure non homogène de la grande courbure avec niche de face possible. Encoche spasmodique de la petite courbure.

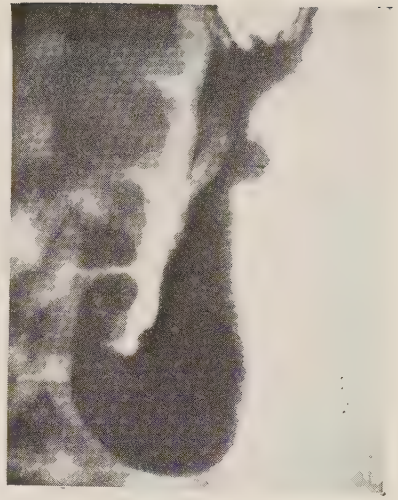

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

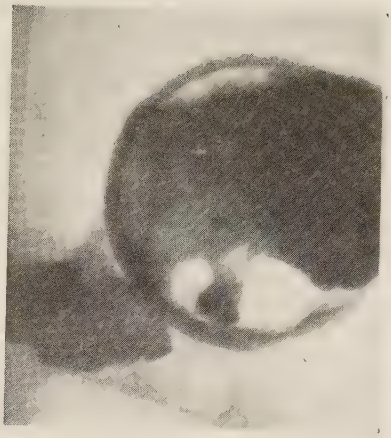

Fig. 5

Fig. 6

Fig. 7

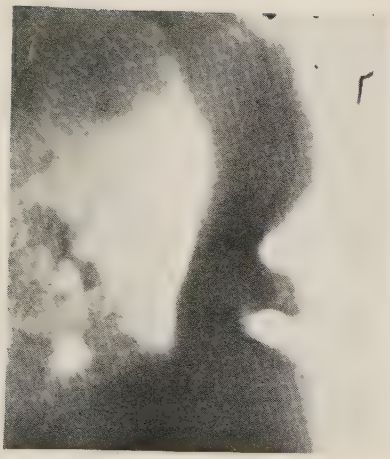

Fig. 8

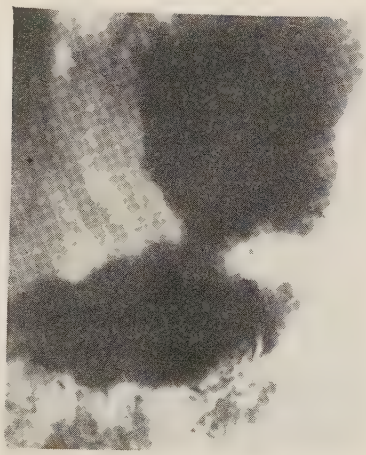

Fig. 9

Intestin fonctionnant irrégulièrement, avec alternatives de constipation et de diarrhée, accompagnée de douleurs parfois assez vives.

A l'examen, rien de particulier aux divers organes : coeur, poumons, reins, système nerveux.

Sensibilité diffuse à la palpation de la moitié gauche de l'épigastre, légèrement plus accentuée à la hauteur de l'ombilic, à 3 doigts environ de la ligne médiane, région où l'on perçoit vaguement le pôle inférieur de l'estomac.

Celui-ci est flanqué par la fin du transverse qui est spasmée et sensible, plus que l'estomac lui-même. Cette sensibilité devient une douleur véritable au niveau du côlon descendant et surtout de la sigmoïde qui est très fortement contractée.

Examen radiologique (Dr Guichard), 10 septembre 1949. — Foie normal, vésicule légèrement sensible.

Corps de l'estomac, antre pylorique, duodénum normaux. Mais sur la partie inférieure de la grande courbure (portion verticale) déformation suspecte à type de niche ulcéreuse entourée d'une zone de rigidité segmentaire, surtout visible en position oblique antérieure droite.

Lavement baryté : signes de sigmoïdite de la région moyenne et terminale.

En résumé, après une appendicectomie banale, apparition d'un syndrome ulcéreux typique du point de vue subjectif, traduisant l'évolution d'un ulcus de la portion inférieure de la grande courbure, empiétant un peu sur sa face antérieure, nettement affirmé par la radiographie.

A noter le peu d'intensité de la douleur provoquée à la palpation et l'absence de toute tuméfaction perceptible au niveau de l'estomac, tandis que le côlon douloureux et spasmé retenait l'attention, ce qui contribuait à rendre le diagnostic clinique de localisation encore plus ardu.

La malade fut mise au traitement médical classique : repos, régime, bismuth, belladone, série d'injections d'Hista-

Dimilli, sous bénéfice d'un examen de contrôle à effectuer un mois plus tard.

A ce moment-là elle nous écrivait que ses douleurs étaient très atténuées, mais nous ne l'avons pas revue depuis.

OBSERVATION IV (inédite, fig. 4 et 5)

Ulcus de la portion horizontale pré-pylorique de la grande courbure associé à un ulcus du bulbe duodénal

(MM. Dufour, Lévy, J.-J. Dubarry)

Mad. G..., 58 ans, est une hépato-vésiculaire depuis son enfance : migraines, digestions pénibles et douloureuses par petites crises irrégulières, intolérances alimentaires, parfois vomissements alimentaires et bilieux.

Depuis juin 1948, amaigrissement important et mauvais état général. Apparition de brûlures quotidiennes, à 10 heures et à 16 heures, quelquefois la nuit, siégeant dans le creux épigastrique plutôt à gauche, alors qu'elle avait toujours souffert du côté droit. Ces brûlures sont calmées par l'ingestion de sucre et d'alcalins. Rejet irrégulier d'eaux claires et de glaires acides ; jamais de sang.

L'examen somatique est négatif.

L'examen radiologique (Dr Masseys,) le 2 décembre 1948, montre un transit oesophagien normal, un estomac hypotonique sans liquide de stase à jeun, et sans image de lésion organique. Au niveau du bulbe, tache ovalaire inconstante ; distension du cadre duodénal, surtout au niveau de D3, laissant supposer une sténose de l'angle de Treitz. Un examen avec compression est alors pratiqué, avec une petite quantité de bouillie barytée épaisse. Une première compression sur le bulbe permet d'évacuer le bulbe hypotonique et de constater la persistance d'une tache ovalaire signant un ulcus de face.

Une deuxième compression établie au niveau de la grande

courbure afin de mettre en évidence l'angle de Treitz montre, au niveau de la grande courbure, une niche de grande taille avec abords irréguliers, signant la présence d'un vieil ulcère calleux au niveau du bord postérieur de la grande courbure (portion antrale). Celui-ci, en rapport étroit avec la branche descendante de l'angle de Treitz, est responsable de la sténose de cette portion.

Signalons que le Dr J.-J. Dubarry, consulté 2 mois auparavant, avait découvert une région antrale toujours mal injectée présentant un aspect pommelé, ainsi qu'une petite encoche de la grande courbure horizontale. La sténose de l'angle de Treitz existait déjà.

Intervention (Pr Dufour). — A l'ouverture on constate la présence des deux lésions ulcéreuses gastroduodénales, et d'une dizaine de petits calculs dans la vésicule biliaire, dont la paroi est d'apparence saine. On pratique une bulbo-pylorogastrectomie très large vers la gauche. L'ablation de l'ulcère duodénal se révèle d'une difficulté technique insurmontable, et nous jugeons l'exclusion capable d'amener la cicatrisation. La vésicule biliaire n'est pas enlevée non plus à cause de l'état de faiblesse de la malade.

Examen de la pièce : lésion bénigne de la grande courbure.

La malade, revue en fin 1949, a été très améliorée par l'intervention. Elle présente encore quelques vagues douleurs épisodiques du côté de sa vésicule.

OBSERVATION V (inédite)

Très gros ulcus calleux de la grande courbure haut situé et térébrant dans la rate

(Dr H. Lefèvre)

M. Taf..., 47 ans, fumeur et petit buveur, a eu une première crise de douleurs épigastriques il y a un an. Depuis 6 mois il souffre tous les jours pendant une demi-heure,

2 heures après les repas : brûlures étendues au creux épigastrique dans toute son étendue, non calmées par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins. Pas de vomissements ni d'hématémèses.

L'examen radiologique (Dr Poupelin) montre une grosse niche à la face postérieure de la grande courbure, très haut située au niveau de la tubérosité gastrique.

L'intervention est décidée devant l'augmentation continuelle d'intensité des douleurs.

Intervention (Dr Lefèvre). — A l'inspection après l'ouverture, rien d'anormal. En arrière, très haut au-dessus du pancréas et de la coronaire, gros ulcus ténébrant de la grande courbure à sa face postérieure. Rate fusionnée avec l'estomac. Résection de l'appendice xyphoïde. Gastropylorectomie de droite à gauche. Séparation au bistouri de l'ulcus, de la rate et du pancréas. L'ulcus a les dimensions d'une pièce de 5 francs. L'estomac est fusionné avec la paroi postérieure ainsi que l'oesophage. Gastrectomie totale, procédé du sandwich.

Examen histologique. — Ulcère simple, présence d'oesophage sur la pièce.

Le malade, revu en 1949, se porte bien.

OBSERVATION VI

Ulcus de la partie moyenne de la grande courbure
(MM. J.-J. et E. Dubarry)

M. Du..., 60 ans, vient consulter l'un de nous pour une histoire ulcéreuse typique avec des périodes d'un mois aux printemps 1937 et 1938, et une période en cours depuis 3 mois quand nous l'examinons en juillet 1939.

Douleurs épigastriques quotidiennes, une heure après le petit déjeuner et 3-4 heures après le repas de midi, calmées par la position couchée et l'alimentation ; il n'y a pas d'irradiation. Ni nausées, ni vomissements, l'appétit est conservé,

pas d'éructations excessives. Le palper montre une zone épigastrique très douloureuse, légèrement à gauche.

Examen radiologique. — Grosse niche du versant antérieur de la grande courbure dans une zone en arc, sur la partie verticale.

Evolution. — Avec une potion bismuthée-bromurée-belladonnée et de l'Hista-Dimilli sous-cutané, arrêt de toute douleur au 4e jour. Sans autre traitement, santé parfaite jusqu'en 1945, où il revient nous consulter pour asthénie, inappétence, constipation depuis quelque temps, sans douleurs véritables. L'examen radiologique montre une petite niche pointue, encastrée, de la grande courbure, siégeant au même endroit qu'en 1939. Le malade est remis à l'Hista-Dimilli. Nous avons su qu'il avait réagi aussi bien qu'en 1939 à ce traitement, mais depuis, il a été perdu de vue.

OBSERVATION VII (fig. 7)

Ulcus de la partie moyenne de la grande courbure

(MM. J.-J. et E. Dubarry)

M. Pau..., charpentier, a 37 ans quand il vient consulter l'un de nous en 1944 pour des crises douloureuses épigasfriques remontant à 8 ans. Barre transversale sous-ombilicale irradiant à gauche jusque dans l'épaule et la région cervicale postérieure. Ces crises surviennent toujours 2 heures après les repas, et sont calmées par l'alimentation. D'abord espacées puis de plus en plus rapprochées, elles sont devenues quotidiennes depuis 6 ans, mais elles ne sont vraiment fortes que pendant 1 mois ou 2 tous les ans, vers septembre-octobre, où il y a deux crises quotidiennes, une l'après-midi et l'autre vers 2 à 3 heures du matin. Pendant 2 ans il a eu une période de vomissements et de diarrhée, qui a disparu sans traitement. Le sujet est assez maigre, l'examen abdominal négatif.

L'examen radiologique montre une grosse niche, légèrement sensible au palper, du versant antérieur de la grande courbure au tiers moyen de la portion verticale. Il y a tendance à la biloculation et rétraction de la petite courbure, sans troubles de l'évacuation.

Evolution. — Sous l'effet d'injections intra-dermiques d'Algipan de pansements gastriques et d'antispasmodiques, rapidement les crises s'atténuent beaucoup. En décembre 1944, un nouvel examen radiologique montre la persistance de la niche, aussi grosse ; l'encoche de la petite courbure a disparu. Disposant alors de Ferriscorbone sodique, nous en faisons 15 intra-veineuses, l'amélioration se poursuit ; gain de 2 kg. 500 mais en mai 1945, aspect radiologique stationnaire. En juillet 1945, nouvelle période douloureuse calmée en une semaine par une série d'Oxyferriscorbone sodique intra-musculaire, dont nous faisions alors l'essai grâce à l'obligeance de MM. Morel et Josserand, de Lyon. En septembre 1945, un nouvel examen radiologique montre une nette diminution de la niche. En 1946, nouvelle poussée ulcéreuse qui cède aussitôt à l'Oxyferriscorbone sodique intra-musculaire. A un quatrième contrôle radiologique, en mai 1947, la niche a disparu. En août 1949, le malade nous écrit qu'il se porte à peu près bien et qu'il ne souffre presque plus.

OBSERVATION VIII (fig. 6)

Ulcère de la grande courbure succédant à 6 mois d'intervalle à une niche géante de la petite courbure

(MM. J.-J. et E. Dubarry)

Madame Font..., 69 ans, cuisinière, se plaint de crampes épigastriques et de baillements depuis plus d'un an, avec amaigrissement de 25 kilos quand elle vient nous consulter, en février 1944. Ces troubles surviennent tous les jours vers 15 heures, sont calmés par le goûter pendant 2 heures, puis

cèdent tout à fait au repas du soir. Ces crampes paraissent remonter de l'ombilic vers le sternum.

L'examen abdominal est négatif, il n'y a aucun point douloureux. A noter un gros athérome aortique avec cardio-sclérose (souffle en écharpe).

A l'examen radiologique, très grosse niche (15 millimètres de profondeur sur 30 millimètres de base, du versant postérieur de la petite courbure au tiers moyen de sa portion verticale) avec encoche spasmodique en regard sur la grande courbure. L'Hista-Dimilli sous-cutané et surtout l'Algipan intra-dermique, associés aux pansements gastriques et aux anti-spasmodiques, amènent une amélioration rapide et nette des troubles avec reprise de l'appétit. Deux mois après, non seulement la malade va très bien, mais la niche est presque complètement effacée.

Mais en octobre 1944 surviennent des coliques péri-ombilicales quotidiennes, une heure après les repas, calmées par la position étendue et la chaleur. La malade, qui avait repris du poids et de l'appétit, a de nouveau maigri de 5 kilos, et l'examen radiologique montre une grosse niche du versant antérieur de la grande courbure, insensible à la pression, avec souplesse de la paroi tout autour. La reprise du traitement précédent calme à nouveau rapidement les troubles. La malade, habitant loin de Bordeaux et de situation très modeste n'a pu revenir nous consulter. En octobre 1948 nous lui écrivons pour avoir de ses nouvelles. Elle nous répond qu'elle n'a plus souffert de l'estomac, mais a peur pour son état cardiaque, car malgré ses 75 ans, elle est obligée de travailler dans une cantine.

Depuis, la malade a décédé sans que nous ayons pu récupérer les premières radiographies, ni que nous ayons eu de renseignements sur sa mort.

OBSERVATION IX (fig. 8 et 9)

Ulcère de la grande courbure chez un vieillard avec image probable de niche de face

(MM. J.-J. et E. Dubarry)

Mme Gout..., 77 ans, nous est adressée en avril 1944 pour anorexie et crampes épigastriques douloureuses, survenant 2 à 3 heures après les repas avec tiraillements et sensation de torsion. Pas de gaz, pas de nausés, selles normales. Au palper, l'aorte abdominale est douloureuse, rien à signaler par ailleurs. Bon appétit jusqu'il y a trois mois ; depuis, elle ne prend avec plaisir que du café au lait. La malade, qui avait maigri de 30 kilos en 1941 du fait des restrictions, et dont le poids s'était stabilisé, recommence à maigrir.

L'examen radiologique montre une grosse image diverticulaire de 23 millimètres de haut et de 20 millimètres de base, à contours réguliers et arrondis, très profondément encastrée, située dans le tiers inférieur de la portion verticale de la grande courbure, plutôt sur son versant antérieur. Aucune anomalie en regard sur la petite courbure ni sur les faces gastriques dans les diverses positions d'examen. Le palper ne montre ni rigidité segmentaire dans la région de cette anomalie, ni en toute autre zone gastro-duodénale. Aucune sensibilité. Nous interprétons volontiers cette image comme un double plissement spasmodique comparable aux images pseudodiverticulaires des bulbes ulcéreux. Sans doute s'agissait-il d'un vaste ulcère plat comme la gastroscopie en a montré à Moutier, ou d'un ulcère de face au niveau de cette image, comme le ferait supposer un des clichés (fig. 9).

Nous ne disposions pas à cette époque d'un gastroscope pour faire une endoscopie qui aurait été ici du plus haut intérêt.

Sous l'effet de 15 injections intra-veineuses de Ferriscorbone sodique, les crises s'espacent et s'atténuent, les crises nocturnes disparaissent. La malade se trouve mieux. Un nou-

vel examen radiologique montre la persistance de l'aspect précédent.

La malade est revue un an après, en avril 1945, ayant eu une nouvelle série de Ferriscorbone. Elle a bon appétit et ne ressent plus qu'un léger pyrosis tardif après les deux grands repas, sans autre trouble. Radiologiquement persiste une petite encoche de la grande courbure sur l'emplacement de l'anomalie antérieure ; les parois gastriques sont parfaitement souples et insensibles au palper.

Depuis la malade a été perdue de vue.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE DEPUIS 1938

OBSERVATION X

Ulcère de la grande courbure térébrant dans la rate secondairement perforé en péritoine libre

(MM. Debeyre et Jouve)

M. H..., 69 ans, admis d'urgence le 20 septembre 1944 dans le service du Professeur Mondor, présente depuis 2 jours une douleur violente au creux épigastrique et a vomi plusieurs fois. C'est un homme très maigre, fatigué, mais le pouls bat à 75 et la température est normale. L'examen de l'abdomen révèle une douleur provoquée de tout le ventre avec maximum dans la région de l'épigastre. Une contracture diffuse réalise presque un ventre de bois ; la matité hépatique subsiste. Rien au toucher rectal.

Ce malade est traité depuis plusieurs mois pour un syndrome digestif obscur dont les caractères évolutifs ne ressemblent pas à ceux du syndrome ulcéreux. Le début récent, l'altération de l'état général, l'âge du malade, permettent de supposer que cette péritonite est due à une perforation de néoplasme gastrique.

On intervient à 22 h. 30 sous anesthésie locale : incision médiane sus-ombilicale. Il s'écoule dès l'incision du péritoine une assez grande quantité de liquide sans odeur. Ce n'est qu'après une patiente exploration que l'on découvre, en effondrant le ligament gastro-splénique, un énorme ulcère calleux de la taille d'une pièce de 20 francs. Cet ulcère est situé près de la grande courbure de l'estomac sur sa face postérieure. Il pénètre dans la rate, qui est rétractée, scléreuse, de la taille d'un oeuf. Rate et grande courbure sont entourées de nombreuses adhérences. Vers la partie inférieure une large fissure laisser couler du liquide gastrique. Il s'agit d'un ulcère de la grande courbure pénétré dans la rate, et secondairement perforé en péritoine libre. L'estomac est séparé de la rate et l'énorme brèche gastrique est suturée en 2 plans au lin, l'un total, l'autre séro-séreux. La suture terminée est transversale et longue de 10 centimètres. La rate montre un énorme cratère représentant le fond de l'ulcus. Paroi suturée en un plan au fil de bronze.

L'examen histologique (Professeur agrégré Gauthier-Villars), a confirmé la bénignité de la lésion.

OBSERVATION XI (résumée)

Double ulcère de la grande courbure et du duodénum

(MM. P. Ravault et L. Girard)

M. Fa..., 64 ans, nettoyeur d'appartements, entre le 3 juin 1942, à l'hôpital pour troubles digestifs et mauvais état général. Dans ses antécédents, pleurésie séro-fibrineuse à 32 ans et intoxication alcoolique discrète.

L'affection actuelle semble remonter à un mois environ. Il a perdu l'appétit, a maigri de plusieurs kilos, et surtout se plainf de douleurs épigastriques à type de crampes, d'horaire post-prandial variable, calmées par l'ingestion alimentaire et surtout le kaolin. Tous les 2 ou 3 jours, vomissements aqueux,

acides, calmant les douleurs. Celles-ci sont tenaces, s'irradient en arrière et dans l'hypocondre gauche, durent souvent plusieurs heures, et n'ont pas cessé depuis 1 mois. On précise que depuis 10 ans il présente, annuellement en général, par périodes de 10 à 15 jours, quelques douleurs post-prandiales, calmées par la prise d'aliments ou d'eau bicarbonatée. Ces malaises ne l'empêchaient pas d'exercer son métier pénible et ne l'ont jamais amené à consulter.

A l'examen, malade apyrétique, pâle et amaigri.

La palpation abdominale permet de sentir une certaine résistance du creux épigastrique, qui paraît blindé, sans masse perceptible.

Le reste de l'examen est négatif. En résumé, le caractère récent des troubles, l'amaigrissement, l'anorexie, le caractère plutôt continu des douleurs, le blindage léger du creux épigastrique semblent conduire au diagnostic de cancer de l'estomac.

Les radiographies gastro-duodénales mettent en évidence un ulcère certain du bulbe, divisé en 3 folioles sur tous les clichés. Par ailleurs on note une grande niche rectangulaire au niveau de la grande courbure, vers laquelle convergent de gros plis de la muqueuse, mais s'inscrivant sur un fond irrégulier et lacunaire très suspect.

L'histoire clinique pourrait très bien s'expliquer ainsi : syndrome ulcériforme larvé en rapport avec l'ulcus duodénal, syndrome douloureux récent avec atteinte de l'état général et anorexie lié à un néoplasme de la grande courbure.

Le malade est traité comme un ulcéreux : repos, régime, kaolin per os, injections de Laristine : échec complet, clinique et radiologique. On conclut à un néoplasme de la grande courbure et on prescrit des injections de Ferriscorbone, l'intervention paraissant contre-indiquée du fait de l'extension des lésions et de l'état général lamentable. Le 20 juillet, le malade quitte le service non amélioré au point de vue de ses douleurs mais ayant repris 2 kilos.

Le 8 avril 1943, il entre à nouveau à l'hôpital. Depuis sa sortie, état à peu près stationnaire, mais depuis quelques semaines apparition de vomissements à chaque prise alimentaire, et amaigrissement (de 40 à 37 kilos).

A l'examen, état cachectique et perception d'une masse dure à la palpation du creux épigastrique. Toutes les apparences sont pour le cancer., Cependant, à l'examen radiologique, les lésions sont restées stationnaires. On retrouve les gros plis muqueux convergents déjà notés, aspect inhabituel dans le cancer, et l'estomac reste assez mobile.

En résumé, le caractère presque stationnaire des lésions rendent douteux le diagnostic de cancer, et on décide de faire bénéficier le malade d'une intervention.

Intervention (Dr Bertrand). — Il s'agit d'un double ulcère ; l'un siège au niveau de la partie moyenne de la grande courbure, il est mobile et n'adhère ni au côlon, ni au mésocôlon, l'autre est duodénal sur la face antérieure du bulbe.

Examen anatomo-pathologique (Dr Planchu). — Ulcère calleux typique sans trace de cancer en aucun point.

Le malade est revu 8 mois après l'intervention. Il a repris 6 kilos, son état général est excellent ; il n'accuse plus aucun trouble digestif.

OBSERVATION XII

Ulcère de la grande courbure térébrant dans la rate

(MM. de Luna, F. Luccioni et Gerolami-Santandrea)

M. Le..., 45 ans, cultivateur en Corse, se plaint d'un syndrome ulcéreux depuis une dizaine d'années.

Les crises douloureuses survenaient 2 à 5 heures après les repas pendant 10 à 15 jours environ, se renouvelant 2 ou 3 fois par an. Dans l'intervalle, état de santé florissant, sans trouble digestif. Pendant cette longue période, le malade n'a jamais vomi. Ni hématémèse, ni moelena n'ont marqué l'évolution de ce syndrome ulcéreux. Un grand abus d'absin-

thes (10 à 15 verres par jour) était la seule particularité du régime que s'imposait le malade.

Depuis 1 an, son état s'est progressivement aggravé, les crises douloureuses sont devenues presque subintrantes, seulement calmées par les vomissements. Depuis 3 mois, les crises sont intolérables, et, dans la crainte de leur apparition, le malade en était réduit à n'absorber qu'une alimentation liquide.

Depuis cette époque, il se tient à demi-courbé en avant, et cette position seule lui permet, paraît-il, de supporter plus aisément ses douleurs. Il a maigri de 20 kilos cette année.

Au moment de notre examen (octobre 1941), nous nous trouvons en présence d'un malade très amaigri. Il ne se déplace qu'avec difficulté, et ne peut supporter le palper en position couchée. On est obligé de l'examiner demi-assis, car la moindre tentative d'extension du tronc déclenche une douleur déchirante sous le rebord costal gauche. Le ventre est rétracté en bateau, la palpation décèle une douleur exquise vers l'extrémité interne de la 10e côte gauche. Foie et rate sont normaux ; le reste de l'examen est négatif.

Examen radiologique (Dr Ripert). — Estomac allongé et dilaté, non rétentionniste. Rien sur la petite courbure et la région pyloroduodénale. Par contre, à la partie moyenne de la grande courbure, on constate une niche avec niveau liquide, niche suspendue, du volume d'une noisette.

Le diagnostic d'ulcère de la grande courbure est porté, et l'on décide l'intervention.

A l'exploration, on constate que le grand épiploon est complètement accolé à la partie moyenne de la grande courbure, à la rate, et d'autre part à la paroi abdominale et au diaphragme. C'est cette adhérence particulièrement serrée qui obligeait le malade à se tenir courbé en avant.

La libération de l'épiploon permet de découvrir un ulcère des dimensions d'une pièce de un franc, siégeant exactement au milieu du bord libre de la grande courbure. Le fond de

l'ulcère repose sur la portion pré-hilaire de la face interne de la rate. La libération de la grande courbure est de ce fait assez difficile, mais peut être réalisée en préservant les vaisseaux spléniques. Au cours de cette manoeuvre, l'ulcère est largement ouvert.

On pratique une large gastrectomie par le procédé de Finsterer. Les suites opératoires sont simples ; le malade sort guéri le 12e jour.

Il a été revu récemment, 7 ans après : il a grossi de 14 kilos, son état général est excellent, sans aucun trouble digestif, malgré son penchant conservé pour l'absinthe. Aucune médication.

Un examen anatomo-pathologique (laboratoire du Professeur Cornil) confirmait la nature bénigne de la lésion : ulcère calleux typique.

OBSERVATON XIII (résumé)

Apractophagie et ulcère de la grande courbure

(M. Nemours-Auguste)

En rapportant un cas d'apractophagie (dysphagie du premier temps de la déglutition), M. Nemours-Auguste constate la coexistence de ce trouble avec un ulcère de la grande courbure. L'observation manque de détails sur l'ulcère lui-même et son évolution, nous en extrayons cependant ce qui nous intéresse :

M. T..., 56 ans, éthylique, a maigri de 10 kilogrammes en 4 ans. Cet amaigrissement coïncide avec une anorexie et une difficulté d'avaler ses aliments, avec regurgitations fréquentes. Il se plaint, en outre, d'être parfois ballonné, lourd après les repas. En plus du trouble de la déglutition surviennent des vomissements vrais, banaux, alimentaires.

L'examen radiologique de l'estomac montre un ulcère de la grande courbure qui donne peu de troubles, la sensation

de ballonnement que nous avions mise sur le compte de l'aérophagie, et de temps à autre les vomissements, sont sans doute les signes qui lui sont propres.

OBSERVATION XIV

Ulcère bénin de la grande courbure

(A. E. Hussar, Los-Angelès)

L'observation intégrale, que nous n'avons pu nous procurer, fait mention d'un ulcère de la grande courbure, associé à un ulcère du bulbe duodénal. Son apparence à l'intervention était celle d'une lésion bénigne, ainsi que l'a confirmé l'examen histologique.

La publication fait état d'une statistique de Palmer, qui, en 10 ans, n'en a relevé que quatre cas à la Mayo Clinic.

OBSERVATION XV

Ulcère de la portion horizontale de la grande courbure

(MM. C. Gobeau, G. Bonte et L. Dumez)

Femme de 53 ans, sans aucun antécédent, qui ne présentait que depuis quelques semaines un syndrome digestif fort vague, fait surtout de migraines, ballonnements, digestions lentes, etc... Orientés vers une affection vésiculaire, nous demandons une cholécystographie et c'est après la première absorption de médicament tétraiodé que survient une hématémèse de sang noir de 4 à 500 centimètres cubes. Quatre jours plus tard, hémorragie très grave nécessitant d'urgence une transfusion. Un mois après, la malade étant rétablie de cet accident, on pratique un examen radiologique. Celui-ci montre, sur la partie inférieure de la grande courbure (portion horizontale) une lacune absolument constante ; cette lacune, en coupôle, parfaitement régulière, est centrée par une image de niche de contours imprécis. Malgré l'absence d'amaigrisse-

ment, et étant donné le début récent des troubles et les accidents hémorragiques, nous posons le diagnostic de néoplasme.

Le Professeur Delannoy intervient et pratique une gastrectomie subtotale sans découvrir aucun ganglion métastatique.

L'examen de la pièce montre une volumineuse induration de la grande courbure respectant la muqueuse qui est soulevée, atteignant par endroits une épaisseur de 2 centimètres. On découvre sous la muqueuse la tache cicatricielle de l'ulcération cause de l'hématémèse.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un ulcère chronique invétéré banal s'accompagnant d'une réaction fibreuse intense, sans indice de transformation maligne.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade ne présente plus aucun phénomène pathologique digestif ; son opération remonte à un an.

OBSERVATION XVI

Enorme ulcère de la grande courbure
mort par hémorragie foudroyante

(MM. C. Gobeau, G. Bonte et L. Dumez)

Homme de 51 ans, ouvrier de ferme, chiqueur invétéré. Depuis 15 ans, par périodes, il présente des douleurs épigastriques calmées par l'ingestion d'aliments et le repos couché. Cependant depuis 2 mois cette absorption alimentaire lui provoque une sensation de gêne et il dit percevoir après son repas une « bosse » dans la partie gauche de l'épigastre. D'ailleurs son appétit diminue et son état général s'altère progressivement.

A l'examen, après absorption du lait opaque, on perçoit une tumeur mobile, à contours irréguliers dans la région sous-costale gauche.

L'examen radiologique donne des renseignements très

précis. Il montre en effet l'estomac refoulé vers la droite. Près de la grande courbure se voit un diverticule volumineux, à bords anfractueux, uni à l'estomac par un canal étroit, plus apparent encore en position oblique antérieure gauche où on le voit s'insérer sur le versant postérieur de la grande courbure.

Niveau liquidien surmonté d'une énorme bulle d'air. Si l'image est très nette, son interprétation n'est pas aisée : il semble cependant s'agir, selon toute vraisemblance, d'une pénétration dans la rate d'un ulcère de la grande courbure dont c'est une complication fréquente.

L'intervention est vivement conseillée au malade qui la refuse, mais 3 semaines plus tard, il meurt en quelques heures d'une hémorragie foudroyante.

OBSERVATION XVII

Cancer ulcériforme de la grande courbure à sa partie moyenne

(MM. C. Gobeau, G. Bonté et L. Dumez)

(Nous publions cette observation bien qu'il s'agisse d'un néoplasme, car, avec les deux précédentes, elle forme un tout dans la publication de MM. Gobeau, Bonte et Dumez, et illustre bien la difficulté fréquente du diagnostic.)

Homme de 55 ans qui présente des douleurs intenses dans le flanc gauche évoluant depuis plus d'un an.

Il accuse des poussées hyperchlorhydriques fréquentes et même les douleurs actuelles sont calmées par les repas. Pas d'hématémèse, pas de moelena, atteinte nette de l'état général.

L'examen radiologique fait apparaître sur la fin du segment vertical de la grande courbure un diverticule arrondi, non encastré, vers lequel convergent les plis muqueux. La paroi gastrique a conservé sa ligne harmonieuse, aucune image en retrait n'y est observée.

Notre diagnostic est celui d'un ulcère de la grande courbure.

L'intervention, pratiquée par le Professeur SWINGHEDAUW montre, au contraire, qu'il s'agit d'un volumineux néoplasme étendu à la presque totalité de l'estomac et inextricable.

OBSERVATION XVIII

Ulcus térébrant de la grande courbure
mort par hémorragie foudroyante

(MM. B. MULLER et E. MESSIN)

Femme de 54 ans, qui, sept mois après une cholecystectomie pour lithiase vésiculaire, présente un syndrome ulcéreux. Ce syndrome se terminera, au bout de 9 mois d'évolution, par des hématémèses à répétition ayant entraîné la mort de la malade.

L'autopsie révèle un ulcère de la grande courbure, térébrant dans le pancréas et érodant l'artère gastro-épiploïque. Les auteurs rappelant les travaux antérieurs, insistent sur la rareté de telles hématémèses au cours des ulcères de la grande courbure.

CONCLUSIONS

Nous essaierons, pour terminer, de dégager brièvement, quelques conclusions de cette étude des ulcères de la grande courbure gastrique.

1° Si son existence n'est plus à discuter, l'U.G.C. est peut-être moins rare qu'on ne le pense.

2° Il présente quelques particularités anatomo - cliniques :

— grande taille de l'ulcération;

— Pénétration intra-splénique fréquente ;

— Symptomatologie à prédominance gauche dans les cas typiques.

3° Son image radiologique est la niche géante inscrite dans une lacune arciforme non homogène.

4° Sa différenciation avec le cancer gastrique, souvent très difficile, est cependant possible avant l'apparition des complications.

5° Le traitement chirurgical ne doit pas être envisagé systématiquement, mais réservé aux formes très suspectes ou compliquées. Seule la gastrectomie large doit alors être envisagée.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen, — *Le Président,*

G. PORTMANN. — F. PAPIN.

Bordeaux, le 8 Décembre 1949

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur
A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

Bauer (K. H.) — Das Lokalisationgesetz der Magenschwürmitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurg. (1920).

Bauer (L. N.). — L'ulcère de la grande courbure de l'estomac. (*Thèse Paris,* 1938, n° 35).

Blaine. — Simple penetrating ulcer of the greater curvature of the stomach. (*Am. journal of Roentgen,* 1925).

Chabrut. — Sur 25 perforations d'ulcère G. D. en péritoine libre. (*Journ. de Chirurgie,* 1931).

Cormaty. — Ulcère de la grande courbure de l'estomac. (*Thèse Marseille,* 1934-1935, n° 3).

David. — Ein beitrag zur Etiologie des Ulcus der grossen Kurvatur. (*Acta Chir. Scandinavia,* 1928).

Debeyre et Jouve. — Ulcère de la grande courbure de l'estomac secondairement perforé en péritoine libre. (*Presse Médicale,* n° 28, 1946, pp. 395-396).

Dechambre et Nebout. — Lésion de la grande courbure de l'estomac à type ulcéreux apparemment guérie après traitement spécifique. (*Société d'électro-radio du Centre et du Lyonnais, séance du* 6-6-1936. *In Centre Médical,* 1936).

De Luna, Luccioni et Gerolami-Santandrea. — Ulcère de la grande courbure de l'estomac térébrant dans la rate. (*Arch. mal. app. dig. et nutr.,* t. 38, n°s 1-2, janv.-fév. 1949).

Desjacques, Chapuis et Wenger. — Ulcère perforé de la grande courbure. Diagnostic radiologique. (*In Lyon Médical*, 1937).

Dubarry (J.-J.). — Essai de traitement des ulcères calleux par la Ferriscorbone sodique. (*Soc. de gastro-entérologie de Paris*, 5 juil. 1943. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, n°s 11-12, nov.-déc. 1943).

Dubarry (J.-J) et Frapin. — L'histaminothérapie à faibles doses dans les ulcères G. D. (*Bordeaux*, 1938).

Dubarry (J.-J.) et Dubarry (E.). — Sur quatre cas d'ulcères de la grande courbure. (*Société de gastro-entérologie Sud-Ouest*, oct. 1949). A paraître (*In Arch des mal. de l'app. dig.*, en 1950).

Dubourg (Ed.) et Lefèvre. — Ulcus haut situé sur la grande courbure. (*Soc. de gastro-entérologie du Sud-Ouest*, mai 1949). A paraître (*In Arch des mal. de l'app. dig*, en 1950).

Feist. — In die Milz penetrierendes Ulcus der grossen Kurvatur. (*Med. Klin.*, 1928).

Finsterer et Gloessner. — In die Milz penetrierendes Ulcus der grossen Kurvatur des Magens. (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurg.*, 1913).

Galdau. — Ulcerelle Stomachale alle marei curburi. (*Clujul medical Romania*, 1930).

Gobeau, Bonte et Dumez. — A propos de trois images d'ulcère de la grande courbure gastrique. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 36, n°s 11-12, nov.-déc. 1947).

Gosset et Duval. — Rapport au 2e Congrès International de Gastro-Entérologie. (*Paris*, 1937).

Gutmann (R. A.). — Syndromes douloureux de la région épigastrique, 2 vol. Doin. (*Paris*, 1940, t. 1, p. 254).

— Rapport au 2e Congrès International de Gastro-Entérologie. (*Paris*, 1937).

— Critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. (*Presse médicale*, 21 oct. 1931).

— Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique. (*Monde Médical*, 15 fév. 1935, p. 95).

Gutzeit et Kuhlmann. — Uber die Symptomatik der Ulcera ventriculi an der grossen Kurvatur. (*Fortsch. a. d. g. d. roentgen*, 1934).

Gutzeit et Teitge. — Die Gastroscopie. (*Berlin* et *Vienne*, 1937).

Heim. — Ulcera an der grossen Kurvatur des Magens. (*Arch. f. Klini. Chirurg.*, 1934).

Hillemand, Moutier, Nemours. — Ulcères de l'estomac invisibles à la radiographie, visibles à la gastroscopie. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, nos 9-10, sept.-oct. 1943).

Hussar (A. E.). — Un cas d'ulcère bénin de la grande courbure. (*Gastro-Enterology*, vol. 9, n° 6, 1947, pp. 778-787).

Kraft. — Ulcus penetrans an der grossen Kurvatur. (*Fortsch. a. d. g. d. roentgen*, 1921).

Koch et Baladan. — Ein seltener Fall von perforiertem Geschwür der grossen Kurvatur des Magens. (*Zent. f. Chirurg.* 1928).

Ledoux-Lebard. — *Manuel de Radiologie* (*Paris*, 1933).

Leriche. — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire. (*Rapport au Congrès français de chirurgie*, 1931).

Lorenz. — Beitrag zur kenntnis von Ulcus ventriculi an der grossen Kurvatur. (*Arch. f. Verdaungskrankheitem*, 1924).

MATTHEWS, WARREN (B.). — Peptic ulcers involving the greater curvature of the stomach. (*Annals of Surgery*, 1935).

MEDANIC. — Par zasebnich stanovita s. odjela. Optarujica doudena zuenim kamenom. Ulcus velika kurvatur penetracijom u selznu. (*Lijecnicki ujesnik*, 1925).

MODIANO et AVRAM. — Un cas d'ulcère de la grande courbure avec récidive. (*Soc. de gastro-entérologie de Paris. In Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1936).

MONDOR (H.). — Diagnostics urgents : abdomen. (*Masson*, 4e édition, Paris, 1940).

MOUTIER (F.). — Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. (*Paris*, 1935).

— Rapport au 2e Congrès International de Gastro-Entérologie. (*Paris*, 1937).

MULLER et MESSIN. — Ulcère térébrant de la grande courbure gastrique. (*Presse Médicale*, 1946, n° 8).

NEMOURS-AUGUSTE. — Apractophagie et ulcère gastrique de la grande courbure. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 37, nos 7-8, juillet-août 1948, p. 508).

PÉLISSIER. — Ulcères gastro-duodénaux récents chez les vieillards. (*Thèse Bordeaux*, 1945).

PONCELET. — Le cancer de la grande courbure de l'estomac. (*Thèse, Bordeaux*, 1930-1931).

POPOVIC. — Ulcère de la grande courbure et pénétration splénique. (*Fors a. d. g. d. Roentg*, 1936).

RADOJEVITCH. — Uber Ulcera ventriculi ad Curvaturam majorem. (*Arch. f. Verdaungskrankheiten*, 1933).

RAUL. — Ulcère de la face antérieure de l'estomac, coexistant avec un ulcère de la grande courbure. (*Comm. au Congrès français de chirurgie*, 1927).

RAVAULT et GIRARD. — Ulcère de la grande courbure de l'estomac. (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, n°s 9-10, 1944).

RONNEAUX. — Diverticules intra-spléniques d'origine gastrique. (*Bull. et Mém. Soc. Radio Méd. de France*, 1933).

SMITHIES. — Rapports de l'ulcère et du cancer. (*The Journal of the medical American Ass.* 1913).

SECHER. — Ulcus ventriculi curvaturae majoris mit Nischenbildung. (*Klin Woch*, 1922).

SIMON. — Vred velkeho zakriveni zaludku. (*Casop. Lek. Cesk*, 1927).

SLADKY. — Zaludecni vred navelke kurvature. (*Ibid*, 1928).

SOMMER. — Ulcus penetrans der grossen Kurvatur des Magens. (*Klin Woch*, 1927).

SPROULL. — A discussion of the occurence of benign ulcer on the greater curvature. (*Am. Journ, of Roentg*, 1931)

STOLZ et HICHEL. — Volumineux diverticule de l'estomac. Gastrectomie partielle. Guérison. (*Bull. Soc. Anat., Paris*, 1923).

TIMBAL. — Ulcères de la grande courbure. (*Progrès médical*, 1920).

VOET. — Un cas d'ulcère pré-pylorique de la grande courbure de l'estomac. (*Société de Gastro-Entérologie de Paris*, 11 mai 1936).

WALTHER. — Ein Fall von Ulcusnische an der grossen Kurvatur am operiertem Magen. (*Fort a. d. g. d. roentg.* 1923).

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 9

II. Historique et considérations préliminaires 11

III. Généralités 14

(Etiologie, rappel anatomique, anatomie pathologique.

IV. Diagnostic positif 19

1° Etape clinique 20

2° Etape radiologique 29

3° Examens complémentaires 34

V. Diagnostic différentiel 36

VI. Traitement 42

VII. Observations 44

Conclusions 67

Bibliographie 69